

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o 265

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAUL DAYOT

né le 21 juillet 1899 à Erquy (Côtes-du-Nord)

**Contribution à l'étude
du traitement de la luxation
acromio-claviculaire**

Président : Professeur LEJARS

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

No.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAUL DAYOT

né le 21 juillet 1899 à Erquy (Côtes-du-Nord)

**Contribution à l'étude
du traitement de la luxation
acromio-claviculaire**

Président : Professeur LEJARS

PARIS
JOUVE & C^{ie}, EDITEURS
15, Rue Racine, 15

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	BESANÇON.
Clinique des maladies des enfants	ACHARD.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique de la Tuberculose	GOUGEROT.
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
Clinique urologique	TEISSIER.
Clinique ophtalmologique	Léon BERNARD.
Clinique d'accouchements	DELBET.
Clinique gynécologique	HARTMANN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEJARS.
Clinique thérapeutique médicale	GOSSET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEGUEU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Professeur sans chaire	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBRÉDANNE.
	VAQUEZ.
	SEBILÉAU.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	BRANCA.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	BROCQ Pathologie chirurgicale.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	BRULÉ Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CADENAT Pathologie chirurgicale.
BASSET Pathologie chirurgicale.	CHABROL Pathologie médicale.
BAUDOIN Pathologie médicale.	CHIRAY Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	CLERC Pathologie médicale.
BLANCHE-TIÈRE Chimie biologique.	DEBRÉ Hygiène.
	DOGNON Physique.
	DONZELOT ... Pathologie médicale.
	DUVOIR Médecine légale

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.		MM.	
ECALLE	Obstétrique.	MERCIER (Ferdinand)	Pharmacologie.
FIESSINGER ..	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	MULON	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	OBERLING ...	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER..	Urologie.	PHILIBERT ...	Bactériologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.	RICHET Fils ..	Physiologie.
JOYEUX	Parasitologie.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.	VALLÉRY-	
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.	RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.	VELTER	Ophthalmologie.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique.	VERNE	Histologie.
LHERMITE	Pathologie mentale.	OLIVIER	Anatomie.
LIAN	Pathologie médicale.		
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	RETTÉTER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-		PROUST	Clinique chirurgicale.
LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
 FREY : Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT : Education physique.
 LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon père le Docteur René DAYOT

*qui nous a inspiré le goût de notre
belle carrière et dont nous nous
efforçons de suivre le noble
exemple*

A mon oncle le Docteur Hippolyte DAYOT

Professeur Honoraire à l'Ecole de Médecine
de Rennes

Chirurgien Honoraire de l'Hôtel-Dieu

Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui fut notre premier maître et qui
pendant tout le cours de nos études
nous a aidé de ses conseils si
éclairés. Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de notre sincère
et affectueuse reconnaissance*

A ma mère

A la mémoire de mon frère

A ma sœur

A mes parents et à mes amis

A Monsieur le Professeur LE DAMANY

Professeur de Clinique Médicale
à l'Ecole de Médecine

*Hommage reconnaissant et
profonde gratitude.*

A Monsieur le Professeur LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale

Respectueuse reconnaissance

A tous mes maîtres de l'Ecole de Médecine
et de l'Hôtel-Dieu de Rennes

A M. le Docteur BAUDET

Assistant de Chirurgie à l'Hôtel-Dieu

*qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a aidé de
ses conseils. Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de
notre sincère gratitude.*

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur LEJARS

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

A qui nous adressons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mon jury de Thèse

INTRODUCTION

Les luxations sus-acromiales de la clavicule sont connues depuis les temps les plus reculés et on en trouve de bonnes descriptions dans les œuvres d'Hippocrate, de Galien, de Paul d'Egine et d'Abbucasis.

Ambroise Paré étudia les luxations de la clavicule en général mais n'insista pas sur les luxations de l'extrémité externe.

A la fin du XVIII^e siècle, Jean-Louis Petit, Duverney et Desault commencèrent à étudier sérieusement l'affection qui nous occupe.

La question a été reprise bien des fois depuis mais il faut arriver à la fin du XIX^e siècle pour la voir mettre au point.

De tous les auteurs qui ont traité ce sujet les uns se sont occupés du mécanisme de leur production, d'autres des lésions anatomiques remarquées, d'autres enfin se sont appliqués à la recherche d'un traitement.

Aujourd'hui où le traitement par les appareils est abandonné de quelques chirurgiens qui préfèrent la méthode sanglante de réduction et la suture, nous avons cru qu'il serait intéressant de voir si l'ancienne méthode ne donnait pas de bons résultats et s'il fallait chaque fois qu'on se trouve en présence d'une

luxation de la clavicule avoir recours à la suture osseuse.

Et tout d'abord quelle est la fréquence de cette luxation ?

De nombreuses statistiques ont été faites. Nous nous bornerons à rappeler celle de Malgaigne, qui, dans une première faite à l'Hôtel-Dieu donne 39 luxations pour 489 et dans une seconde à l'Hôpital Saint-Louis trouve 9 luxations externes de la clavicule pour 114 luxations.

Pour Gülf (Deutsche Klinik, 1857, N° 1), les résultats auxquels il arrive sont à peu près identiques. Kronlein fit à la clinique de Berlin un relevé de 400 luxations et en trouve 17 de la clavicule. (Luxations in Deutsche Chir., von Billroth Lücke, 1881, p. 5).

Pour tous ces auteurs nous trouvons que les luxations externes se classent au quatrième rang parmi les luxations et sont assez fréquentes.

Aujourd'hui dans la luxation externe de la clavicule on constate trois variétés : La variété sous-cora-coïdienne, la sous-acromiale et la sus-acromiale.

La sous-acromiale niée par Boyer a été défendue par J.-L. Petit. C'est une variété assez rare — Baraduc, Polaillon, Melle, Tournel, Allen en rapportent chacun une observation —. Dans cette luxation, l'extrémité externe de la clavicule se loge entre l'acromion et la capsule articulaire en se projetant en arrière. Les ligaments sont rompus tant acromiens que coracoïdiens et leur section est nécessaire à la production de cette variété.

Reste la variété sus-acromiale qui est de beaucoup la plus fréquente, Hamilton en a observé lui-même 43 cas.

Au point de vue du mécanisme de ces luxations, MM. Poirier et Rieffel ont institué une série d'expériences qui leur ont montré que la violence doit agir obliquement sur la région deltoïdienne soit d'arrière en avant soit d'avant en arrière. De même un traumatisme s'exercerait de haut en bas et de dedans en dehors sur le bord supérieur de l'acromion. La luxation sera encore favorisée pour certains auteurs par la contraction violente du trapèze au moment de la chute (Poirier et Rieffel — Arch. gén. de Médecine 1891 — Mécanisme des luxations sus-acromiales claviculaires). Cette luxation peut elle-même se diviser en deux : la sus-acromiale complète et l'incomplète. Au point de vue anatomique, pour Buisson et Ader, il y aurait seulement rupture de la capsule fibreuse dans celle-ci et de tous les faisceaux ligamenteux dans la première. — Brindel et Galangau (Thèse de Montpellier, 1877) affirment au contraire que le déplacement incomplet amènerait la dislocation des ligaments coracoïdiens avec conservation de la capsule acromio-claviculaire. De même Poirier et Rieffel ont constaté la rupture des ligaments acromio-claviculaires supérieur et inférieur et la déchirure de quelques fibres du trapèze. Pour eux les faisceaux coraco-claviculaires ne sont pas intacts car, d'après leurs travaux, la déchirure du ligament coronoïde est in-

dispensable pour permettre la production de la luxation complète.

L'acromion dans une telle luxation vient se loger sous l'extrémité externe de la clavicule et occupe une position antérieure par rapport à elle, alors que dans l'incomplète on a un déplacement beaucoup moins considérable, l'acromion se logeant seulement en avant ou en arrière de la clavicule.

Au point de vue clinique la différence est marquée entre ces deux variétés sus-acromiales.

Les symptômes consistent en une douleur locale gênant assez peu les mouvements volontaires et une saillie légère de la clavicule au-dessus de l'acromion.

Le signe de la touche permet de faire constater une crépitation sourde.

Dans la luxation complète le blessé éprouve une sensation de déchirure au moment de l'accident et la douleur est exagérée par les mouvements volontaires surtout ceux d'élévation du bras. Le blessé incline la tête du côté malade soutenant son bras avec la main du côté opposé.

On constate une dépression anormale séparant l'acromion de la clavicule. Entre les doigts on peut saisir l'os luxé pour le porter en avant, en arrière et en bas en déterminant une forte crépitation. L'os abandonné à lui-même revient à la position qu'il a prise en se luxant. La mensuration faite de la fourchette sternale à la saillie acromiale montre enfin une diminution de l'espace séparant normalement cette saillie de la ligne médiane.

Aujourd'hui la radiographie est venue lever tous les doutes et la confusion ne sera désormais plus possible entre les luxations acromio-claviculaires et celles de l'épaule ou avec les fractures de l'extrémité extérieure de la clavicule.

TRAITEMENT

Le traitement de la luxation acromio-claviculaire comprend comme celui de toutes les luxations deux temps : un temps de réduction, un temps de contention. En général la réduction s'opère facilement si on abaisse la clavicule en portant simultanément l'épaule en haut et en dehors et en imprimant au coude une forte impulsion de bas en haut.

Rarement on a noté l'irréductibilité d'emblée, accident que Broca, dans un fait qu'il observa impute à la résistance des fibres musculaires du trapèze coiffant l'extrémité acromiale. Cette disposition fut rencontrée aussi par Régnier. Moutet (de Montpellier) dans un cas analogue fit la section sous-cutanée du fasceau claviculaire du trapèze, ce qui lui donna un résultat satisfaisant.

Dans la variété sous-coracoïdienne la plus rare un premier aide doit exercer sur le bras des tractions en arrière et en dedans et un second pratiquer la contre-extension au moyen d'une alèze embrassant le thorax, pendant que le chirurgien saisissant la clavicule, la dégage de dessous la coracoïde et la ramène en bonne position; un bandage approprié, tel que celui de Desault ou un dérivé suffiront pour assurer une bonne contention. L'appareil enlevé,

quelques séances de massage et de mobilisation rendront au bras toute liberté de mouvements.

Dans la variété sous-acromiale on réduit en ramenant les épaules en dehors et en arrière, le genou étant appliqué entre les omoplates, soit par des tractions exercées sur le bras en abduction, la contre-extension étant faite par un aide au moyen d'une serviette ou d'un drap passant en cravate autour du thorax.

La réduction étant terminée le bras sera maintenu dans une écharpe avec un coussin axillaire pendant dix ou quinze jours. Massage et mobilisation hâteront la guérison.

La variété sous-acromiale a donné lieu à d'innombrables procédés de réduction. Pour M. Bell la luxation de la clavicule se réduit aisément en faisant une compression modérée avec les doigts, surtout en tirant en arrière les épaules et les bras.

Pour Chassaignac, dans un rapport qu'il fit à la société de Chirurgie, le procédé suivant donne toute satisfaction :

« L'opérateur appuyant contre sa poitrine l'épaule du côté sain, passe un bras en avant et l'autre en arrière de la poitrine du malade, croise ses mains au-dessous du coude et obtient par cette espèce d'amplexation une élévation tellement prononcée du moignon de l'épaule que l'extrémité externe de la clavicule reprend ses rapports normaux.

Dans le procédé d'Elie Col de Vilars, un aide est nécessaire à la réduction. « Pour réduire on fait

asseoir le malade sur un siège bas ou sur un lit; un aide passe par derrière et embrasse les épaules qu'il tire en arrière tandis qu'avec son genou qu'il appuie sur l'épine entre les deux omoplates, il pousse le corps en avant pour faire simultanément de l'extension et de la contre-extension; alors le chirurgien placé en avant fait la réduction en poussant et dirigeant la tête du côté de la cavité d'où elle s'est écartée.

D'une façon vraiment clinique M. Brindel décrit le procédé suivant de réduction, qui réunit tous les précédents et les complète l'un par l'autre.

1°) Saisir entre les mains placées de façon à entourer le bras le plus haut possible jusque sous l'aisselle, le moignon de l'épaule et l'attirer en dehors en même temps qu'on le pousse un peu en haut.

2°) Ajouter à ces deux mouvements le mouvement de propulsion de l'épaule en arrière.

3°) Porter, pendant que l'on exécute les deux manœuvres précédentes, le coude fortement en avant, de dehors en dedans et faire toucher l'épaule opposée par la main du bras malade.

4°) Enfin, à ces trois mouvements ajouter une pression sur l'extrémité luxée de la clavicule et la pousser de haut en bas et d'arrière en avant.

La manœuvre que préconise Polaillon en différant un peu rend également de grands services :

« La réduction s'obtient en portant l'épaule à la fois en haut, en dehors et en arrière, en même temps qu'on abaisse la clavicule. Si on échoue il faut ajou-

ter à ces mouvements l'élévation du bras et sa rotation soit en dedans soit en dehors afin d'entraîner l'omoplate de manière à ce que la facette articulaire de l'acromion vienne se placer vis à vis de celle qui appartient à la clavicule. Après quelques tâtonnements on arrive très facilement à réduire ».

CONTENTION

La réduction de la luxation acromio-claviculaire étant faite nous entrons dans le deuxième temps du traitement, celui de la contention. C'est cette seconde partie qui présente le plus de difficultés, difficultés qui ont été autrefois jugées insurmontables par beaucoup, à un tel point que certains médecins négligaient de la faire, la jugeant impossible à réaliser.

En effet, sitôt qu'on vient à abandonner la clavicule réduite, l'os quitte à nouveau ses connexions normales et se soulève à la façon d'une touche de piano. Cette difficulté de la contention tient à l'obliquité des surfaces articulaires, à leur étroitesse et aussi à l'abaissement de l'acromion dans les déplacements complets, ainsi qu'il résulte du traitement de MM. Rieffel et Poirier.

Aussi un nombre considérable d'appareils et de bandages ont été recommandés par Desault, Boyer, Baraduc, Alguié, Velpeau, Malgaigne, Bourdaille, Bardenheuer, Le Dentu.

Ces différents modes de contention ne semblent pas avoir donné de grands résultats.

Cahier, dans le traité de Le Dentu et Delbet écrit : « que les appareils échouent le plus souvent, se relâchent, et causent des douleurs et peuvent amener des entorses s'ils remplissent trop bien leur rôle ».

L'opinion de Tixier dans le livre des agrégés est la même. Forgeue lui aussi ne semble pas enthousiasmé par ces divers modes de contention.

Lejars est encore plus affirmatif.

Et tous s'accordent pour préconiser l'intervention chirurgicale.

Cette opération remonte déjà à une date assez éloignée puisque Samuel Cooper de San-Francisco la fit avec succès sur trois blessés en 1861, et Baum en 1866. Négligée pendant un certain temps elle fut reprise en 1889 par Paci, Wolf et Wirz. Poirier et Rieffel en 1891, Lebec et Wallas en 1893 et 1894, contribuent par leurs travaux à faire entrer ce traitement dans la pratique courante.

En 1903, Schwartz a présenté à la Société de Chirurgie de Paris un sujet atteint de luxation sous-acromiale chez qui il avait pratiqué la suture par une agrafe de Jacoel.

Voici ce que dit à ce sujet Nimier dans son rapport au Congrès de Chirurgie de Paris en 1905.

« La correction anatomique immédiatement est parfaite mais la raréfaction osseuse signalée lors de la présentation du blessé au niveau des points d'implantation du corps métallique qui semble devoir se

détacher, laisse planer quelques doutes sur le résultat définitif. Ce procédé qui le cas échéant devrait céder le pas à la simple réfection du surtout fibreux acromio-claviculaire, paraît toutefois s'il est efficace, préférable à la suture osseuse métallique après ablation des cartilages articulaires, voir même résection de la lamelle osseuse sous-jacente. Il répare avec un minimum de modifications anatomiques, il ne détruit pas la jointure ».

A ce procédé s'ajoute celui de la suture osseuse proprement dite et dont voici la technique.

« L'épaule étant maintenue basse et en arrière on fait une incision horizontale de 6 à 7 cm, ayant son milieu à l'interligne acromio-claviculaire. On incise et recline le périoste ruginé en ayant soin de bien dénuder la face inférieure de l'acromion et de la clavicule; on avive les surfaces par l'ablation du cartilage, si la luxation est réduite, et des tissus fibreux interposés, si elle est ancienne. Il faut pouvoir mettre les surfaces en contact sans effort. On perfore de haut en bas les deux extrémités maintenues par un davier puis suture au fil d'argent dont les bouts sont serrés et aplatis au marteau sur la face supérieure, et enfin, on rabat le périoste qui, à son tour, est suturé.

Pendant quinze jours le blessé portera une écharpe et quelques séances de massage termineront le traitement.

L'éclatement des extrémités acromiales et claviculaires étant fréquent au cours de la perforation de ces os, nuisant à la fixation des fils d'argent, le pro-

fesseur Delbet et M. Mocquot ont recherché un moyen qui put se faire sans perforation. Ils ont mis à profit la présence de l'apophyse coracoïde et leur technique est celle-ci :

Un gros fil d'argent est passé sous la clavicule qu'il entoure à la manière d'un cerceau. Les deux chefs après avoir été croisés viennent contourner la base de l'apophyse coracoïde, où deux ou trois torsions assurent leur fixité.

Quels résultats faut-il attendre du traitement sanglant ?

Tous les chirurgiens s'accordent pour conseiller l'intervention surtout chez les blessés qui tiennent à la pureté des lignes de l'épaule.

La plupart des blessés principalement dans la clientèle hospitalière n'ont pas de tels soucis de l'esthétique et si on leur affirme que la luxation non réduite n'entraînera pas de troubles fonctionnels graves, ils refusent l'intervention préférant la bosse à la plaie.

D'ailleurs l'intervention chirurgicale ne donne pas toujours des résultats parfaits. Lejars à ce sujet écrit :

« On fera bien de n'accorder qu'un crédit limité à ce traitement opératoire et de ne pas trop compter en pratique sur une réparation morphologique intégrale ».

De son côté Tixier écrit dans le précis de pathologie chirurgicale : « Le traitement qui assure la guérison est la suture, la suture simple, suture avec

arthrodèse, avec résection, suture des surtout ligamenteux. Nous l'avons exécuté plusieurs fois avec succès, mais il faut se souvenir, avant d'exiger une opération sanglante, qu'abandonnée à elle-même la luxation permettra un jeu fonctionnel très suffisant. Elle créera une difformité, mais point une infirmité ».

Cadenat, qui a consacré à l'étude de cette question une revue documentée dans le journal de chirurgie de 1913, critique fortement les résultats de la suture et cite des observations dans lesquelles ils furent médiocres, entre les mains de Delbet, Tuffier, Ch. Nelaton.

En effet Delbet a signalé un cas de reluxation, le fil métallique ayant cassé. C'est d'ailleurs à cette occasion que Cadenat préconise la ligamentopexie.

Chez les femmes pour lesquelles l'esthétique joue un rôle important, on fera bien d'être très prudent quant au choix du traitement, l'intervention sanglante laissant après elle des cicatrices chéloïdiennes fréquentes au niveau du cou et du thorax et dont le traitement parfois long donne des résultats encore très imparfaits.

DESCRIPTION ET TECHNIQUE

Devant les résultats peu enviables de la méthode sanglante, nous croyons utile de donner ici la description de l'appareil préconisé par le Dr Baudet, de Rennes, appareil qui lui a donné un résultat intéressant. Le malade traité par ce procédé ayant retrouvé l'intégrité fonctionnelle de son membre et cela sans la moindre déformation.

On commencera donc par recouvrir le thorax du blessé par un jersey et on s'appliquera à protéger les crêtes iliaques par une lamelle de coton.

Ces précautions prises on placera d'abord des bandes plâtrées sur tout le thorax et la partie haute de l'abdomen. Ces bandes descendront jusqu'aux crêtes iliaques et même empiéteront de quelques centimètres sur ces dernières.

On aura soin de pratiquer un étranglement marqué de ce corset au niveau de l'espace séparant les côtes des crêtes iliaques, cela dans le but de fixer solidement l'appareil et de s'opposer à son glissement vers le bas.

En arrière on déprimera fortement le plâtre sur la pointe de l'omoplate et le long de son bord interne pour s'opposer autant que possible à sa descente et par suite à la chute de l'acromion.

Puis on s'appliquera à la réduction de la luxation en refoulant le coude de bas en haut.

Un aide maintenant le coude dans cette attitude, on met en place dans l'aisselle un rouleau d'ouate tassée, enveloppée de gaze et le coude est porté en dedans de façon à rejeter en dehors par ce mouvement de levier l'extrémité supérieure de l'humérus et par suite l'acromion.

Des bandes plâtrées fixeront alors le coude dans cette attitude favorable à la réduction. Les unes seront placées circulairement, d'autres iront du sommet du coude à l'épaule saine, d'autres enfin empiétant sous le bord inférieur de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, se dirigeront vers l'épaule traumatisée.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Docteur Baudet, assistant de Chirurgie à l'Hotel-Dieu de Rennes.

L'observation apportée est celle d'une luxation acromio-claviculaire réduite par un appareil plâtre.

Fin décembre 1916, nous fûmes appelé par un confrère des environs de Rennes pour voir un boucher, qui à la suite d'une collision, automobile contre locomotive, présentait en plus de multiples contusions, une luxation acromio-claviculaire droite. La luxation était facile à réduire. Il était difficile de la maintenir réduite.

Ayant lu peu auparavant un article du Dr Leriche, affirmant que ces luxations restent réduites si on fixe le membre supérieur en abduction par un appareil plâtre thoraco-brachial, nous partîmes assez confiant.

Nous trouvâmes une luxation acromio-claviculaire droite complète, sans fracture.

Si l'on tirait en haut et en dehors l'épaule, la luxation se réduisait. Le bras abandonné, tout aussitôt la luxation se reproduisait.

Voulant suivre les conseils du Professeur Leriche, la luxation étant réduite, nous portâmes le coude vers l'horizontale. A 45° d'abduction la luxation se reproduisit. Vingt tentatives nouvelles conduisirent au même insuccès.

Constatant avec quelle facilité la luxation se maintenait réduite si l'on soutenait tant soit peu le coude, nous nous proposâmes de fixer aussi exactement que possible le coude refoulé fortement de bas en haut.

Le coude fut en même temps porté au-devant du thorax tandis qu'un coussinet d'ouate fortement tassée placé dans l'aisselle par un mouvement de levier, repoussait en dehors l'extrémité supérieure de l'humérus.

Nous plaçâmes d'abord des bandes plâtrées, circulaires thoraciques et sur elles nous fixâmes le coude par des

bandes se dirigeant du coude vers l'épaule saine et vers l'épaule opposée.

Au bout de vingt jours nous fûmes très étonné de trouver acromion et clavicule droits solidement fixés dans leurs rapports normaux, sans la moindre déformation.

Nous avons eu l'occasion de revoir plusieurs fois le blessé et avons pu constater que l'excellent résultat s'était maintenu.

OBSERVATION II

M. C., cultivateur, 36 ans, tombe d'une échelle d'une hauteur de 3 mètres environ. La chute se fait sur l'épaule droite. En se relevant, le malade constate une vive douleur et l'impossibilité de faire des mouvements de son bras. Il éprouve un grand soulagement au moment où il prend son avant-bras fléchi sur le bras, dans sa main gauche. Il va consulter son médecin qui reconnaît une luxation de la clavicule, lui met une écharpe de Mayor et lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Le malade se présente le lendemain à la consultation de l'Hotel-Dieu de Rennes et est admis dans le service de M. le Professeur Dayot, lit n° 18, Salle St-Yves. L'épaule droite est très abaissée, la tête inclinée sur le côté malade. La mensuration pratiquée de la fourchette sternale à l'acromion donne une diminution de longueur de 3 centimètres par comparaison avec le côté sain. La clavicule est en arrière de l'acromion et fait une saillie de 2 centimètres à un travers de doigt en arrière de lui. Mouvements douloureux; le malade souffre surtout dans les mouvements d'abduction et d'élévation. La clavicule est mobile sous la peau et on peut aisément reconnaître le signe de la touche. On fait radiographier le malade, et on voit qu'on a affaire à une luxation externe de la clavicule sans fracture. M. le Dr Dayot décide d'appliquer un appareil destiné à maintenir la luxation qui se réduit avec une grande facilité, en portant simultanément l'épaule en haut et en dehors, imprimant une forte impulsion au coude de bas en haut.

L'appareil est laissé vingt-trois jours; on le surveille tous les jours, le resserrant ou le bouarrant d'ouate lorsque les bandes sont relâchées. Le vingt-troisième jour on enlève cet appareil et on constate que la réduction s'est parfaitement maintenue. La saillie formée par la clavicule est à peine de 3 ou 4 millimètres. On pratique alors des séances de massage de dix minutes par jour suivies d'une réapplication de bandage. Le trente-cinquième jour, le malade sort guéri de l'hôpital. Les mouvements reviennent graduellement, et la déformation de la région acromio-claviculaire est peu marquée.

Revu deux mois après, le malade nous déclare avoir repris possession de tous ses mouvements. Il peut vaquer aux dures occupations de son métier sans être incommodé. La saillie que forme la clavicule est insignifiante.

OBSERVATION III

M. T..., âgé de vingt-cinq ans, coureur-cycliste, faisant une course au vélodrome de Tours le 10 mai 1906, tomba de bicyclette, un de ses concurrents étant venu à le toucher légèrement. Projeté à terre, il tomba sur la face postérieure de l'épaule gauche. A ce moment il ressentit une douleur violente, une sorte de déchirure, et lorsqu'il se releva, il constata qu'il ne pouvait faire que de légers mouvements de son bras. Les mouvements de grande amplitude, notamment ceux d'élévation étaient impossibles, et déterminaient chez lui des douleurs extrêmement vives. Il crut s'être fait une fracture du bras. Il se rendit néanmoins au quartier des coureurs, soutenant son avant-bras malade avec sa main du côté opposé, la tête fortement inclinée du côté malade. Le médecin de service l'examina et reconnut la déformation de l'épaule : la clavicule n'était plus en contact avec l'acromion et faisait une saillie d'environ un centimètre et demi en arrière de cette apophyse. Il diagnostiqua une luxation externe de la clavicule, mais sans pouvoir préciser s'il n'y avait pas concomitance de fracture de cet os. On

fit un appareil constitué par une écharpe de Mayor de façon à permettre au blessé de rentrer à Paris.

Le surlendemain, il fut amené à l'Hôpital Necker et entra dans le service de M. le Professeur Berger. Une radiographie montra qu'on se trouvait en présence d'une luxation externe de la clavicule, sans fracture. La clavicule était au-dessus et en arrière de l'acromion, et entre les deux os existait une dépression permettant l'introduction de l'index. La clavicule était mobile sous la peau, et en la déplaçant, on constatait des frottements rugueux qu'accompagnait une douleur violente. On décida de réduire celle luxation en employant tour à tour les diverses manœuvres, mais on échoua. On endormit alors le malade, et aussitôt la réduction musculaire obtenue, on constata que la réduction était assez aisée. M. le Professeur Berger fit alors poser un bandage : un coussin d'ouate dans le creux axillaire; un tampon sur l'extrémité externe de la clavicule, le tout retenu et serré par des bandes. Une écharpe immobilisait le bras, la main dirigée vers l'épaule du côté sain.

Au bout de vingt et un jours l'appareil fut enlevé et on commença des séances de massage qui furent répétées chaque matin pendant dix minutes — on faisait accomplir au malade de petits mouvements, puis on lui remettait son bandage. — Après trente-deux jours, plus de douleur, la raideur disparaissait de jour en jour, et au bout de quarante jours le malade était guéri. Il n'existait plus qu'une légère saillie de la clavicule; deux mois après l'accident M. T..., prenait part à une nouvelle course. Il était seulement un peu gêné dans les contractions violentes qu'il faisait en tirant sur son guidon.

A ce moment l'examen de l'épaule gauche ne présentait aucune déformation. C'est à peine si l'extrémité claviculaire était plus saillante que celle du côté sain.

OBSERVATION IV

(Thèse de Courchet 1866).

Le nommé S..., âgé de trente-huit ans, entre le 26 janvier 1865, Salle Sainte-Marthe à l'Hôtel-Dieu. Ce malade a été

renversé par un éboulement de platras, et la chute a eu lieu sur le bras et l'épaule gauches.

A son entrée à l'hôpital on constate une déformation du moignon de l'épaule : un aplatissement surmonté de la saillie acromiale; au-dessous une dépression dans laquelle on peut enfoncer le petit doigt. Grande mobilité de l'extrémité externe. La pression et les mouvements d'élévation du bras provoquent une douleur locale assez vive. Pas d'ecchymose, légère tuméfaction. Les mouvements passifs sont conservés. Les mouvements actifs sont contrariés par une vive douleur.

On réduit facilement la luxation et la déformation disparaît complètement, si le chirurgien, saisissant le bras malade et plaçant son point d'appui sur l'avant-bras gauche sous l'aisselle, fait exécuter à l'humerus un fort mouvement de bascule en dehors; la luxation se reproduit le bras étant abandonné.

On applique l'appareil de Laugier, le malade, quoique indocile, sort guéri après un séjour de trente-deux jours. Il n'y a plus trace de déformation; en outre on constate seulement un peu d'amaigrissement de l'épaule malade.

OBSERVATION V

(Thèse de Ader).

Le nommé X..., âgé de trente-huit ans, entre, dans le service de M. Laugier, a fait une chute en descendant de voiture et le corps a porté sur l'épaule droite.

Douleur locale très vive. L'extrémité externe de la clavicule est mobile et fait une forte saillie. L'extrémité luxée est dirigée en haut et en arrière. La réduction fut facile. Les mouvements volontaires ont lieu en avant et en arrière; ceux d'élévation sont impossibles.

L'appareil de Laugier, appliqué le jour même, détermine de la douleur les deux premiers jours, au bout desquels le malade peut le supporter.

Le malade sort guéri sans déformation et sans amaigrissement, après un mois de séjour.

OBSERVATION VI

(Clipet. Bull. de Thérapeutique, 1860)

M. G..., quarante-deux ans, fait une chute le 17 janvier. On découvre une luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Saillie considérable en arrière et en dehors. La luxation se réduit sans se reproduire immédiatement après. En dehors rainure notable entre la clavicule et l'acromion. Crépitation peu forte dans les mouvements. Le 26 janvier application de l'appareil à bandes élastiques de Morel-Lavallée. Le 12 février on s'aperçoit que le malade enlève son appareil pour ne le remettre qu'à l'heure de la visite. Réprimandé, il le garde; la luxation se maintient réduite définitivement et le 21 février, jour de sortie de l'hôpital, c'est à peine si la clavicule forme une saillie plus élevée que celle du côté sain.

OBSERVATION VII (Résumée).

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.

Un homme de cinquante-cinq ans fit une chute du haut d'une échelle. Il fut amené dans le service de Nelaton où on reconnut une luxation externe de la clavicule gauche. La réduction fut faite par Nelaton en étendant fortement le bras et en l'amenant vers la tête tout en le maintenant dans l'extension. La contention fut réalisée de la façon suivante :

Le coude étant fléchi à angle droit, une bande est enroulée de façon à passer sur l'épaule et sur l'avant-bras au voisinage du coude; on fait ainsi plusieurs tours, et on obtient une sorte de sangle qui, passant en avant et en arrière, décrit une ellipse dont une extrémité est occupée

par le moignon de l'épaule, et l'autre par la partie supérieure de l'avant-bras fléchi. Une seconde bande passe autour du thorax, seulement pour maintenir l'autre appliquée contre la poitrine.

Le malade sortit du service un mois après. Il n'y avait plus de déformation sensible à la vue. Par le toucher seulement, on sent une légère saillie de la clavicule, saillie très peu marquée.

OBSERVATION VIII

Une fille de dix-sept ans est serrée entre le brancard d'une voiture et une muraille. Vue aussitôt après l'accident on constate une luxation de la clavicule gauche. Une serviette enveloppe le coude et le tronc est fixé par des points de suture. Un coussin sous-axillaire, un autre sur l'extrémité claviculaire. Pendant un mois il faut resserrer l'appareil trois fois. Trente-cinq jours après l'accident, on enlève l'appareil et soixante jours après, la fille seconde son père dans ses travaux de charretier.

CONCLUSIONS

Quand on cherche dans les livres classiques une indication au sujet de la thérapeutique des luxations acromio-claviculaires, on reste plongé dans une profonde incertitude. On parle du traitement sanglant en ayant l'air de le conseiller, puis on ajoute que l'abstention est très défendable; on va même jusqu'à affirmer que les résultats de la suture sont mauvais.

Nous croyons donc que l'appareil plâtré, dans le traitement des luxations acromio-claviculaires vaut mieux que sa réputation, mais nous croyons qu'il faut abandonner la technique habituelle qui se propose de maintenir la réduction en pressant de haut en bas sur la clavicule. Celle-ci en effet n'est pas suffisamment matelassée pour supporter une pression forte et prolongée. Il ne faut pas abaisser la clavicule mais au contraire élever l'acromion à sa hauteur.

On peut donc conclure que dans les luxations sus-acromiales de la clavicule, l'intervention sanglante est le plus souvent inutile et que l'immobilisation à l'aide d'appareils plâtrés permet d'obtenir un résultat esthétique, anatomique et fonctionnel aussi parfait que possible.

Vu, Le Doyen,
H. ROGER.

Vu, Le Président de la Thèse,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris.
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADER. — Thèse de doctorat. Montpellier 1872.
- BAUM. — Uber Volkmann's Schwennaht bei Patellar Fracturen und ihr Bedarffen bei Behandlung der acromis clavicular Verren Kungen. Fortschritte der Midizin, 1886, iv-189.
- BOUCHET F. — Contribution à l'étude du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. Thèse doctorat, Paris 1900.
- BOUISSON. — Annales de Chirurgie Françaises et Etrangères, 1843.
- BRINDEL. — Thèse de doctorat. Paris 1877.
- CAHIER L. — Lésions traumatiques des articulations. Luxation de la clavicule. Traitement in : Nouveau traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, fas. VI, 1908.
- CHAPUIS E. A. G. — Du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule par la suture osseuse. Thèse de doctorat. Bordeaux 1894.
- COOPER A. — Œuvres de chirurgie. Traduction par Chas-saignac et Richelot, p. 77.
- COOPER E. S. — New-nethov of neating long standurej dislocations of the scapelo clavicular articulation. Ann. J. S. de Phila, 1861 n s x, p. 389-392.
- COURCHET. — Thèse de doctorat. Paris 1886.
- DELBET ET MOCQUOT. — Société de chirurgie de Paris, 21 juillet 1909.
- DESAULT. — Œuvres chirurgicales, t. I, p. 84.
- DUHAMEL A. — Contributions à l'étude des luxations sus-acromiales de la clavicule. Thèse de doctorat. Paris, 1899.
- GALANGAU. — Thèse de doctorat. Montpellier 1877.
- HAMILTON H. — Treatment of dislocation of the clavicule (Brit. M. J. 1892-1175.
- HINTERMAYER. — Thèse de doctorat. Munich 1910.

- LAFON G. — Des luxations sus-acromiales de la clavicule. Traitement par la suture métallique. Thèse de doctorat. Paris 1890.
- LAMBOTTE. — Communication à la société belge de chirurgie. 18 décembre 1909.
- LE BEC. — Luxation sus-acromiale ancienne des 2 clavicules. Suture des articulations acromio-claviculaires. France Médicale, 1895, N° 4.
- LEGER CH. M. — Contribution à l'étude des luxations acromio-claviculaires et de leur traitement. Thèse de doctorat. Nancy, 12 mars 1904.
- LEGARS. — Leçon de Chirurgie, p. 85.
- MAISONNEUVE. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule en haut. Gaz. Méd. de Paris, 1845. T. XI, p. 757.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations et luxations de l'extrémité externe de la clavicule. Gaz. Méd. de Paris, 1835, p. 168.
- MARCHAND GÉRARD. — Luxation acromio-claviculaire. Suture. Guérison. Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris, 1896.
- MESNARD. — Société anatomique de Paris. Nov. 1900.
- MONARI N. — L'artrovesi della lussazione acromio-claviculare superiore. Archi di Orto Milano, 1904-xxi, 1-12.
- MOREL LAVALLÉE. — Annales de chirurgie Françaises et Etrangères, 1843 et archives de Médecine, 4^e série. T. II. Essai sur les luxations de la clavicule.
- MORESTIN H. — Fractures et luxations de l'extrémité externe de la clavicule, déplacement sus-épineux irréductibles du fragment long formé par l'os presque tout entier; opération après 3 mois. Guérison. Revue d'orthopédie. Paris 1900. 2^e s., I, 197-205.
- MOUTET. — Montpellier Médical, 1861, p. 219.
- NELATON. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, t. XXVI, p. 501, 1855.
- NELATON CH. — Traité de chirurgie. Duplay Reclus, 1897. 2^e Edition.
- OPOIS. — Thèse de doctorat. Paris 1907-1908.
- PACI A. — La sutura metallica della lussazione sopra acromiale della clavicula. Sperimentale 1899. T. XIV, 600-605.
- PAGÈS. — Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de la

- Drôme et de l'Ardèche. Nov. 1911. T. XVI, p. 231.
- PENA J. — De arthrovèse acromio-claviculaire. Thèse de doctorat, 1896.
- PETIT JH. — Traité des maladies des os. T. I.
- POIRIER. — La clavicule et ses articulations. Journal d'anatomie et de Physiologie, 1890.
- POIRIER ET RIEFFEL. — Mécanisme des luxations sus-acromiales de la clavicule, leur traitement par la suture osseuse. Arch. générales de Méd. 1891. T. I, 396-422.
- PONZIO. — Thèse de doctorat. Paris 1896.
- RAINER. — Société de chirurgie de Bucarest, 14 mai 1908.
- REYNIER P. — Bul. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris 1898, XXIV.
- RICHARD. — Thèse de doctorat. Paris 1893.
- SCHWARTZ. — Bul. et Mém. Société de Chir. Paris, 22 juillet 1903.
- SINEAU. — Thèse de doctorat. Paris 1901.
- TEXIER ET GINESTOUS. — Journal de médecine de Bordeaux, 27 sept. 1896.
- TUFFIER. — Société de Chirurgie. Paris, 21 juillet 1909.
- VEILLAS. — Luxations sus-acromiales de la clavicule traitées par la suture. Lyon 1894.

